# Laufzettel Erstkontakt

Das folgende Formular ist ein nicht abschließender Mustertext, der Ihnen als Vorlage dienen kann und entsprechend der individuellen Situation angepasst werden sollte.

Anordnung für Erstpatienten/Therapien

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Patientenname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Patientennummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Therapie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ab: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sofort BB | CEA | ECOG | Drucken: Rezept/Überweisung |
| Profil I | CA 19-9 | RR/Puls | Termin zu: |
| Profil II | CA 15-3 | Temperatur | Telefon |
| Profil III | CA 12-5 | Größe/Gewicht | Sprechstunde |
| Profil IV | CA 72-4 | EKG | BB-Kontrolle |
| Profil V | TPS | BIA-Messung | Laborkontrolle |
| Profil Leber | NSE | Sono Abdomen | US Sono |
| Profil Prä-OP groß | PSA | Sono LK | Röntgen |
|  |  |  | CT |
| CRP | Immunstatus | Echo | MRT |
| BSG | Immunphänotypisierung |  | Port |
| Gerinnung | Thymidinkinase | Aszitespunktion | Strahlentherapie |
|  | β-2-Mikrogl. | Pleurapunktion | Anderer Arzt |
|  | Alkal. Leukophosph. | LK-/Tumorpunktion | Krebsgesellschaft |
|  | JAK-2-Stufendiagnostik | Knochenmarkpunktion | Ernährungsberatung |
|  | BCR-ABL-Mutation |  | Befunde anfordern |
|  | Erythropoetin | EK | Anrufen bei: |
|  | Fr. Leichtketten | TK | Rezept |
|  | Immunfixation | Aderlass |  |
|  | Ferritin | Bisphosphonat |  |
|  | Haptoglobin | Chemotherapie |  |
|  | Folsäure | Infusion |  |
|  | Vitamin B12 |  |  |
|  | Lösl. Transferrinrezeptor |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anforderungen Coach:** | **Bitte folgende Themen ansprechen:** | **Bitte folgendes Patientenmaterial durchgehen/aushändigen:** | |
| Erstgespräch | Adhärenz/Motivation | Patienteninformationsmappe | Taxi |
| Orale Therapie | Ablauf/Zeitschema | Antiemese bei Bedarf | Perückenrezept |
| Subkutane Therapie | Wünsche/Sorgen | Medikamente bei Durchfall | Apothekenwahlzettel |
| Infusionstherapie | Sport/Bewegung | Ernährung | Nebenwirkungsdokument |
| Folgegespräch | Ernährung | Hautpflege | Krebsregister |
|  | Soziales | Sonnenschutz | Infektionsprophylaxe |
|  |  | Autofahren Einschränkung | Port |
|  | Studie | Therapiepass ändern | Studie |